

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

483

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Lucienne LAZARESCO

Née le 16 février 1909, à Cabiény-Putna (Roumanie)

LE GRANULOME ANNULAIRE

ET SON TRAITEMENT

PAR LES

INJECTIONS LOCALES DE SELS D'OR

Président : M. GOUGEROT, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{te}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Lucienne LAZARESCO

Née le 16 février 1909, à Căbiény-Putna (Roumanie)

LE GRANULOME ANNULAIRE

ET SON TRAITEMENT

PAR LES

INJECTIONS LOCALES DE SELS D'OR

Président : M. GOUGEROT, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiâtrie.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (G.)... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie .
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
AUBERTIN Clinique médicale.
BRULÉ Clinique médicale.
CHIRAY Clinique médicale
DUVOIR Clinique médicale.
HARVIER..... Clinique médicale.
LIAN Clinique médicale.
GUÉNIOT Clinique obstétricale.
LE LORIER Clinique obstétricale.

MM.

LÉVY-SOLAL .. Clinique obstétricale.
METZGER Clinique obstétricale.
BASSET Clinique chirurgicale.
CADENAT..... Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER . Clinique chirurgicale.
MOCQUOT Clinique chirurgicale.
MOURE Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

FREY	Éducation physique
CHAILLEY-BERT, agrégé	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Témoignage de ma profonde reconnaissance pour les sacrifices qu'il a faits pour moi pendant de longues années.

A MA MÈRE

*A qui je dois le meilleur de moi-même ;
je suis heureuse de lui offrir ici ce faible
témoignage de ma profonde reconnais-
sance et mon amour filial.*

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

M. LE DOCTEUR ROSENTHAL

Dont l'affection m'a toujours été chère.

A MON FIANCÉ

*Dont l'affection et le dévouement me
furent d'un grand réconfort.*

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de clinique Dermato-syphilitique
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qu'il veuille bien accepter l'hommage
respectueux de notre vive gratitude pour
l'honneur qu'il nous a fait en acceptant
de présider cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR BURNIER

Chef de Clinique de la Faculté
Médecin assistant à l'Hôpital Saint-Louis

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse. En hommage de notre sincère gra-
titude pour les conseils qu'il nous à pro-
digués.*

A M. LE DOCTEUR PAUL BLUM

Ancien chef de Clinique
Médecin assistant à l'Hôpital Saint-Louis

Hommage respectueux.

LE GRANULOME ANNULAIRE

ET SON TRAITEMENT

PAR LES INJECTIONS LOCALES DE SELS D'OR

I

Tableau clinique.

Sans doute identique à la *ringed eruption* de Colcotte Fox, au *lichen annularis* de Galloway, aux *sarcoïds tumors* de Rasch, aux *néoplasies nodulaires et circonées* de Brocq, le *granulome annulaire* de Radcliffe Crocker et de Graham Little, est caractérisé par des élevures ou tubercules groupés en anneaux.

Au début apparaît assez rapidement un nodule ferme et lisse du volume d'un petit pois ; par accroissement excentrique, ou par accession de nodules nouveaux, il se transforme en anneau ; la coloration est pâle ou rose terne ; l'indolence est absolue.

L'évolution est très lente et dure des mois et des années ; les éléments ne s'ulcèrent jamais ; après guérison il ne subsiste pas de cicatrice.

Cette affection, qui est rare, s'observe chez des enfants ou des adultes des deux sexes, et siège particulièrement aux mains, sur les articulations des

doigts et des poignets et aux chevilles, mais aussi aux coudes, aux genoux, aux fesses. On a décrit exceptionnellement des foyers sur le cou et sur la face ; Arndt, sur le bord libre de l'oreille ; Kissmeyer, sur le pavillon de l'oreille ; Mac Kee, sur les lobules de l'oreille ; Danel, sur la région mastoïdienne ; Wende et Hartzel, sur le cou.

Évolution et pronostic.

L'évolution est chronique et peut durer plusieurs mois, même plusieurs années. Les foyers peuvent continuer à se développer plus ou moins longtemps. Dans un certain nombre de cas, les foyers peuvent après une durée plus ou moins longue, régresser spontanément sans laisser de traces. Ainsi, Stokes, Sequeira, Corson et Mac Cormac ont pu observer des lésions datant de 27, 17 et 15 ans. Jacobi n'a pas constaté d'influence régulière des saisons sur le début et l'évolution du granulome annulaire. Dans de rares cas, on a remarqué une amélioration durant l'été et une aggravation au printemps et en automne.

Le *pronostic* du granulome annulaire est très favorable. Des cas non traités peuvent évoluer pendant des années pour s'arrêter à un moment donné dans leur développement pendant un temps illimité. Une régression spontanée, ainsi qu'une régression soudaine à la suite d'une maladie fébrile ont été observées. Bien plus favorable est le pronostic des cas traités, qui même n'ayant évolué depuis des années, peuvent être guéris par diverses méthodes.

III

Étiologie.

La nature du granulome annulaire est encore discutée, surtout à l'étranger. Certains auteurs considèrent cette affection comme un granulome chronique infectieux bénin, d'origine inconnue, mais différent des sarcoïdes de Boeck (Kissmeyer), ou bien une maladie infectieuse spécifique et chronique, à microbe inconnu (Arndt).

En France, on admet habituellement, depuis les travaux de Graham Little et de Brocq *l'étiologie tuberculeuse* du granulome annulaire. Cette théorie se base sur des arguments de valeur diverse :

1^o ARGUMENTS BACTÉRIOLOGIQUES. — Ils ne sont pas convaincants.

On a rarement pu déceler le *bacille de Koch* dans les lésions et Arndt, Jacobi, Michael ont toujours échoué dans leurs recherches. Cependant Dittrich a pu déceler dans des coupes de deux cas de granulome annulaire des bacilles acido-résistants ressemblant aux bacilles de Koch.

L'inoculation de fragments de granulome annulaire

au cobaye ont toujours donné des résultats négatifs (Volk, Ornstein, Nicoletti, Stettler, Arndt, Jacobi).

La culture du sang par la méthode de Löwenstein a été jusqu'ici peu employée dans le granulome annulaire. Cependant Kren et Löwenstein auraient obtenu 2 cas positifs sur 3 cas par cette méthode. Par contre Kissmeyer a observé des résultats négatifs dans 5 cas.

2° ARGUMENTS CLINIQUES. — Au point de vue clinique, la question est également discutée. Dans un grand nombre de cas, on n'observe chez les malades atteints de granulome annulaire, aucune manifestation tuberculeuse viscérale ni cutanée (Michael, Ornstein, Lemez, Brun, Kissmeyer, Grütz et Horne-mann). D'autres auteurs ont au contraire noté cette coexistence. C'est ainsi que Pinkus, Burnier et Rejsek, Voronof et Olessof, Sachs, Mgebrow, Gougerot et Burnier noté chez leurs malades des signes de *tuberculose pulmonaire*, avec parfois présence de bacilles de Koch dans les crachats (obs. I).

Lortat-Jacob et Legrain ont observé chez leurs malades des antécédents de *pleurésie* et d'*épididymite tuberculeuse*, Leschinski une *adénite tuberculeuse*.

On a observé également la coexistence de granulome annulaire et d'autres lésions tuberculeuses de la peau : *tuberculides* et coxalgie (Horowitz), *tuberculides papulonécrotiques* (Pick), *lupus vulgaire* (Mendes da Costa, Carol), *tuberculides papulo-nécrotiques*, *érythème induré* (Goldschlag), *sarcoïdes* (Martenstein), *sarcoïdes et érythème induré* (Voronof et Olessof),

lupus vulgaire et tuberculose du sommet (Mgebrow),
folliculis (Grütz).

Les résultats fournis par *la cuti ou l'intradermo-réaction à la tuberculine* sont variables. A côté de cas négatifs, certains auteurs ont obtenu des réactions positives dans le granulome annulaire (Martenstein et Noel, Lemež).

3° ARGUMENTS HISTOLOGIQUES. — L'histologie fournit un argument en faveur de la nature tuberculeuse. La structure du granulome annulaire est en effet souvent nettement tuberculoïde et rappelle celle des tuberculides papulo-nécrotiques (Gougerot et Bonnin, 1919) avec cellules épithélioïdes, lymphoïdes et parfois cellules géantes (Wichmann, Stettler, Lehner, Burnier et Rejsek, Pautrier et Wöringer, Milian et Périn, Nicoletti). Dans le cas de Rasch, la structure était tuberculoïde et le granulome annulaire était associé au lupus érythémateux ; de même dans le cas d'Olah où le malade avait une tuberculose viscérale.

4° ARGUMENTS THÉRAPEUTIQUES. — L'arsenic, les rayons X, l'excision d'une lésion dans un but biopsique, ont pu amener la disparition définitive du granulome annulaire.

Mais c'est *la tuberculinothérapie* qui a donné jusqu'ici les résultats les plus constants, ce qui plaide nettement en faveur de l'origine tuberculeuse du granulome annulaire.

Darier, Hudelo, Civatte et Rabut, Wichmann,

Milian, Sauphar et Thibaut, Burnier et Rejsek, Monash ont obtenu la guérison rapide du granulome annulaire par des *injections de tuberculine*. Sézary et Duruy, Gougerot et Arnaudet l'ont traité avec succès par le *vaccin de Vaudremer*.

Il était rationnel de traiter le granulome annulaire par les *sels d'or* qui ont donné de bons résultats dans la tuberculose pulmonaire et certaines lésions tuberculeuses de la peau, telles que le lupus érythémateux.

MM. Gougerot et Burnier ont utilisé l'*aurothérapie in loco*, suivant la méthode de Monash et Traub, avec succès dans un cas de granulome annulaire.

C'est cette méthode que nous rapportons en détail.

IV

Traitement du granulome annulaire par les injections locales de sels d'or.

Depuis l'emploi des sels d'or dans le traitement des tuberculoses cutanées, ces sels avaient toujours été utilisés par voie intraveineuse ou intramusculaire (intrafessière). Monash et Traub ont eu récemment l'idée de traiter les tuberculides par les injections locales de sels d'or. Cette méthode offrait à leurs yeux de multiples avantages ; d'abord la possibilité d'amener le médicament au contact direct de la lésion, puis la facilité d'injecter de très petites doses du médicament *in situ* et d'éviter par là même les complications souvent graves consécutives aux injections intraveineuses et ou intramusculaires de sel d'or, la dermatite exfoliatrice et parfois même la mort.

Monash et Traub ont employé une solution de thiosulfate d'or et de sodium à 1 %, qu'ils ont injectée soit dans le derme, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans la sous-muqueuse, au voisinage des lésions, sans causer de nécrose ni de pigmentation des tissus. Comme la solution est un peu douloureuse, il vaut mieux y ajouter quelques gouttes d'une solution

de novocaïne. On injecte ainsi une fois par semaine la dose de 10 à 25 mgr. de sel d'or *in situ*. Les auteurs américains déclarent avoir obtenu de bons résultats par cette méthode ; mais dans leur note préliminaire, ils ne publient aucune observation.

MM. Gougerot et Burnier ont traité depuis février 1932, 15 malades atteints de divers types de tuberculose cutanée, dont 1 cas de granulome annulaire.

TECHNIQUE. — Ils ont injecté sous la lésion, dans le tissu cellulaire sous-cutané, 1 cmc. d'une solution de crisalbine à 1 %, soit 0 gr. 01 tous les 8 jours. En raison de la douleur locale, d'ailleurs légère, on ajoute quelques gouttes de novocaïne au liquide injecté.

RÉACTION LOCALE. — Il se produit après l'injection une boule d'œdème qui se résorbe rapidement. Cependant dans les régions où le tissu cellulaire est lâche (racine du nez, partie supérieure des joues) l'œdème peut persister pendant 3 à 4 jours. Dans les régions où le tissu cellulaire est épais, on note après l'injection une infiltration profonde assez dure, une plaque de blindage qui peut persister plusieurs semaines. On peut parfois observer une pigmentation brunâtre de la peau, localisée au siège de l'injection. Quand l'injection a été poussée trop superficiellement dans le derme, on peut voir apparaître quelques phlyctènes contenant un liquide citrin et qui disparaissent en quelques jours ; aussi MM. Gougerot et Burnier con-

seillent-ils, contrairement à Monash et Traub, de ne pas faire d'injections intradermiques.

RÉACTIONS GÉNÉRALES. — On peut observer le soir de l'injection de la fièvre (39°-40°), des frissons, des vomissements, un malaise général qui peut durer 2 à 3 jours ; ces réactions sont loin d'être constantes, elles peuvent cependant être suffisamment intenses, pour que dans un cas (lupus miliaire disséminé) la malade ait refusé de continuer le traitement.

On aurait pu croire, comme le pensaient Monash et Traub, que les injections locales de faibles doses de sels d'or mettaient à l'abri des accidents auriques ; il n'en est rien. Ces accidents sont d'ailleurs rares, puisque MM. Gougerot et Burnier ne les ont observés que chez une seule malade.

Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans atteinte d'érythème induré des 2 jambes depuis l'âge de 12 ans ; 2 jours après la 3^e injection de 1 cgr. de crisalbine faite au-dessous des placards de chaque jambe, la malade se sentit fatiguée, frissonnante et le lendemain apparut une éruption morbilliforme de la face et de la partie supérieure du thorax, accompagnée de prurit. Les lésions des jambes, qui étaient violacées et froides, étaient devenues rouges et chaudes ; la fièvre atteignait 38°5. On avait l'impression d'un érythème biotrope signalé en 1929 par MM. Gougerot, Burnier et Uhry. La malade reçoit 2 injections de 10 cme. de sang (auto-hémothérapie) et 3 jours après, tout était disparu. On continue donc le traitement aurique.

Au bout de la 4^e injection de 1 cgr. à chaque jambe une fois par semaine, la fièvre réapparaît, accompagnée d'une éruption prurigineuse généralisée. Malgré les injections de sang, une véritable érythrodermie avec fièvre apparaît, surtout marquée à la face (front, région péri-buccale) et aux mains gonflées et hyperkératosiques. Ces accidents s'atténuent progressivement et disparaissent en une quinzaine de jours. A l'analyse, les squames recueillies ne contenaient pas d'or, bien que l'analyse portât sur une quinzaine de grammes (Desgrez). La lésion initiale d'érythème induré était complètement guérie.

Il s'agit donc bien d'une érythrodermie généralisée, dont l'évolution fut bénigne, mais qui affecta le même type que celles qui apparaissent à la suite d'injections intraveineuses ou intramusculaires de quantités importantes de sels d'or.

Mais d'une façon générale, les injections locales de sels d'or sont bien supportées, sans réactions ni locales, ni générales.

Dans les régions où la peau est fine et adhérente aux plans profonds (nez), on peut noter après quelques injections une coloration mauve cendré inesthétique ; aussi vaut-il mieux s'abstenir d'injections auriques locales dans ces cas.

Mais le granulome annulaire s'observant ordinairement à la main et aux doigts, où la peau est lâche, la chrysothérapie locale n'offre aucune inconvénient.

Gragger, Jones et Alden ont également employé avec succès la méthode d'injection sous-cutanée de

sels auriques, dans diverses lésions tuberculeuses de la peau, mais ils n'ont pas traité de granulome annulaire.

* * *

Si la nature tuberculeuse du granulome annulaire pouvait encore être discutée, le cas que MM. Gougerot et Burnier ont relaté, apporterait une preuve clinique et thérapeutique, car ce granulome aux dimensions insolites est apparu chez un tuberculeux avéré, dont les crachats contenaient de nombreux bacilles de Koch, et il a guéri par les injections locales d'or. Ce cas est intéressant par l'extension anormale de ce granulome : alors que les granulomes ont habituellement 1,5 à 3 mm. de diamètre, la lésion de la main droite atteignait 55×47 mm. et son aspect rappelait celui de certaines tricophyties.

Elle se rapprochait d'un autre cas publié à la *Société de Dermatologie* du 11 mai 1922 par MM. Burnier et Rejsck chez une fillette de 16 ans qui présentait à la face postérieure du coude droit une lésion irrégulièrement arrondie de 50 mm. de diamètre, à centre affaissé et plissé, d'aspect tricophytoïde, et quand cette malade fut présentée à la Société, plusieurs dermatologistes firent le diagnostic de tricophytie.

Observations.

OBSERVATION I.

(MM. Gougerot et Burnier.)

N° 111.138. — Le malade âgé de 46 ans, vient consulter le 19 février 1932 pour des lésions occupant la face dorsale des deux mains, et apparues en décembre 1931. Ces lésions ont débuté sur le dos de la main gauche à la racine de l'index, par une saillie indolore de la grosseur d'une tête d'épingle qui augmente progressivement de volume pour atteindre la grosseur d'un pois ; d'autres lésions analogues, indurées, de coloration rougeâtre, apparurent dans le voisinage, se groupèrent les unes à côté des autres et s'accrurent excentriquement pour former 2 placards à contours irréguliers, l'un de 26×23 mm., l'autre de 33×30 mm.

Un autre placard analogue ne tarda pas à apparaître sur la face dorsale de la main droite, plus étendu que les précédents. Irrégulièrement arrondi, ce placard mesure 55×47 mm. ; sa coloration est rouge vineux, il est nettement limité par une bordure saillante de 3 mm. festonnée, constituée par des petits nodules serrés les uns contre les autres, en collier de perles, alors que le centre est affaissé et squameux. Cette lésion, ni pruri-

gineuse ni douloureuse rappelle l'aspect d'une trichophytie. La biopsie confirme le diagnostic de granulome annulaire.

Histologie (M^{lle} Eliascheff). — La couche cornée est hypertrophiée ; elle est soulevée dans un point de la coupe, si bien qu'entre elle et la granuleuse existe une cavité remplie de polynucléaires et de détritits cellulaires. La granuleuse est plus large que normalement. Le corps muqueux de Malpighi est hypertrophié ; il envoie des prolongements profondément dans le derme ; les cellules épineuses ont conservé leurs filaments d'union, elles sont, dans plusieurs points, dissociées par un œdème intercellulaire. La basale est en palissade. La papillomatose est assez prononcée. Le tissu du corps papillaire est, par places, œdémateux ; par places aussi ce tissu est nécrosé ; les foyers de nécrose sont nettement limités. A leur bordure, on distingue un léger infiltrat de cellules allongées et claires, qui prennent mal les colorants usuels. Dans d'autres points se trouvent des amas de cellules épithélioïdes, qui prennent à peine les colorants, il s'agit donc de cellules en nécrose, de noyaux en pyknose, de polynucléaires et de rares cellules rondes.

Des foyers analogues, composés de cellules épithélioïdes, de jeunes fibroblastes et de cellules rondes se trouvent dans la profondeur du derme. Ici aussi les cellules ont en partie perdu leurs affinités tinctorielles. Les vaisseaux sanguins sont dilatés par places ; dans d'autres points et principalement dans la profondeur du derme, ils ont des parois épaissies. L'endothélium de plusieurs veines est proliféré à un tel point que la

lumière vasculaire est complètement oblitérée, tandis que l'endothélium des artères ne montre qu'un léger gonflement de ses cellules. Nous n'avons rencontré dans la coupe ni poils, ni glandes sébacées ou sudoripares.

L'état général du malade est précaire ; soigné depuis 1924 pour une tuberculose pulmonaire avec hémoptysies fréquentes, il tousse et crache abondamment et ses crachats fourmillent de bacilles de Koch. La cutiréaction à la tuberculine fut franchement positive. Le Wassermann fut négatif.

Ce malade fut traité par des injections locales de crisalbine ; 1 cme. d'une solution à 1 %, soit 1 cgr. fut injecté tous les 8 jours sous chaque plaque ; une amélioration nette fut constatée dès la deuxième piqure ; après la troisième, les bords étaient affaissés et la rougeur de la plaque atténuée. Après la cinquième, seule une tache d'un rouge sombre occupait l'emplacement du granulome annulaire.

Revu deux mois plus tard, le malade se maintenait guéri.

OBSERVATION II.

(Inédite, due à l'obligeance de M. Burnier.)

M^{me} L... Georgette, âgée de 29 ans, vient consulter en novembre 1933 pour des lésions des 2 mains apparues il y a 3 ans.

Main gauche : On constate sur la tête du 2^e métacarpien une lésion demi-annulaire, circonscrite, constituée par des petits nodules arrondis, gros comme une lentille,

de coloration jaunâtre ou rosée, de consistance ferme, élastique, isolés les uns des autres.

Sur la 2^e phalange du 5^e doigt existe une lésion analogue apparue il y a 2 ans et constituée par un anneau complet, de la grandeur d'une pièce de 50 cent. et formée également par une couronne de perles de coloration jaunâtre.

Main droite : Sur le *médius droit* existe depuis 1 an une lésion papuleuse isolée de la grosseur d'un pois, de même coloration et consistance que les éléments précédents.

Un nodule identique plus petit existe au niveau de l'*articulation phalango-phalangienne du 5^e doigt*.

La malade déclare que, à l'âge de 18 ans, une lésion similaire est apparue sur l'index droit, qu'elle a persisté durant 3 ans et a disparu spontanément.

L'état général de la malade est satisfaisant. Elle a eu cependant des bronchites pendant l'enfance et elle tousse tous les hivers. Mais l'intradermo-réaction à la tuberculine est complètement négative. Les diverses réactions de Wassermann, Hecht, Desmoulières et Kahn sont également négatives.

Le diagnostic de *granulome annulaire* s'impose.

On soumet la malade à un traitement local par des injections de 1 cgr. de crisalbine en solution à 1 %, sous chaque élément. Une amélioration est constatée dès la 3^e injection ; les éléments s'affaissent et pâlisent et à la 10^e injection, on ne trouve plus trace de granulome.

Conclusions.

Le granulome annulaire est une lésion relativement rare, caractérisée par de petits tubercules groupés en anneaux. Au début existe un seul nodule, gros comme un petit pois, qui s'étend excentriquement ou qui par l'adjonction de nouveaux nodules se transforme en anneau, en collier de perles, de coloration jaunâtre ou rosée ; l'indolence est complète.

La lésion dure des mois et des années ; elle ne s'ulcère jamais et après guérison, on ne constate pas de cicatrices.

La lésion siège surtout aux mains, sur les articulations des doigts et des poignets, plus rarement aux chevilles, aux coudes, aux genoux, à la nuque.

On range habituellement, depuis Gr. Little et Brocq, le granulome annulaire parmi les tuberculides ; il se rapproche beaucoup des sarcoïdes et des lupoïdes.

Mais l'inoculation au cobaye a toujours été négative, la recherche du bacille de Koch dans les tissus est le plus souvent négative et la culture du sang par la méthode de Löwenstein donne des résultats con-

tradictaires. La réaction cutanée à la tuberculine est tantôt positive, tantôt négative.

En clinique, on a observé la coexistence du granulome annulaire et d'autres manifestations tuberculeuses du poumon ou de la peau (tuberculides papulonécrotiques, lupus vulgaris, sarcoïdes, érythème induré, folliclis).

Enfin l'histologie montre ordinairement une structure nettement tuberculoïde avec cellules épithélioïdes, lymphoïdes et parfois cellules géantes.

Les injections de tuberculine déterminent habituellement une guérison assez rapide du granulome annulaire.

L'aurothérapie locale suivant la méthode de Monash et Traub, a été employée avec succès dans un cas par MM. Gougerot et Burnier. Nous en rapportons un 2^e cas.

Dans ces 2 cas, la guérison fut obtenue rapidement avec 5 à 10 injections de crisalbine faites à la dose de 1 cgr. sous la peau, au niveau de chaque lésion, à 5 ou 8 jours d'intervalle.

Ces injections sont ordinairement bien supportées ; il est bon d'ajouter quelques gouttes de solution de novocaïne à la solution aurique à 1 %, afin de diminuer la douleur locale immédiate. Les injections doivent être faites sous la peau et non pas intradermiques.

Ces injections peuvent rarement être suivies de

réactions générales (fièvre, frissons, vomissements).

MM. Gougerot et Burnier ont même observé un cas d'érythrodermie généralisée, d'évolution d'ailleurs bénigne, après cette méthode.

Vu : le Président de la thèse,

GOUGEROT.

Vu : le Doyen,

ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERSON (C. C.). — Granuloma annulare. *New-Zealand, M. J.*, 31, 107-108, avril 1932.
- ARNDT (G.). — Ein Beitrag zur Kenntnis des Granuloma annulare. *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 135, 117, 1921.
- BAER (L.). — Ein Fall von Granuloma annulare geheilt mit Buckystrahlen. *Dermat. Wochenschrift*, t. 92, 171, 174, 31 janvier 1931.
- BERTACCINI (G.). — Tuberculide atipica simulante un granuloma annulare. *Gior. Ital. di dermat. sif.*, 72, 577-586, june 1931.
- BRUN et ARNDT. — Ein Beitrag zur Kenntnis des Granuloma annulare. *Arch. f. Dermat. u. syph.*, 135, 117, 1921.
- BURNIER et REJSEK. — Un cas de granulome annulaire. *Bull. Soc. franç. de dermat. et syph.*, t. 29, p. 218, 1922.
- CEDERCREUTZ (A.). — Essai d'inoculation du granulome annulaire à l'homme. *Acta Dermat. vénér.*, 13, 386-393, novembre 1932.
- CORSON (E. F.). — Unusual ringed eruption (granuloma annulare ?). *Arch. Dermat. and syph.*, 18, 415-419, septembre 1928.
- DAUBRESSE, MORELLE et THUILLIEZ. — Granulome annulaire. *Société belge de dermat. et syph.*,

séance du 12 février 1933. *Bruxelles médical*, n° 17, 26 février 1933.

DITTRICH (O.). — Zur Aetiologie des Granuloma annulare. *Arch. f. Dermat. u. syph.*, 153-159, 1927.

ESCARTEFIGUE. — Granulome annulaire, guérison après biopsie partielle suivie de récidive. *Arch. de Méd. et Pharm. Navales*, n° 3, juillet, août, septembre 1932.

GANS (O.). — Histologie der Hautkrankheiten. *Berlin Julius Springer*, 1925, p. 547.

GÖERL (L.). — Zur Therapie des Granuloma annulare. *Münchener. Med. Wochens.*, 80, 657, 28/10 1933.

GOLDSCHLAG. — *Zentralbl. f. Haut. u. Geschlechtskr.*, t. 19, p. 609, 1926.

GOUGEROT et ARNAUDET. — Granulome annulaire ou mieux tuberculose annulaire guéri par la tuberculine. *Arch. dermato-syph. Hôp. Saint-Louis*, t. 12, 307, 1930.

GOUGEROT et BONNIN. — Granulome annulaire à structure tuberculoïde. *Soc. Dermat.*, 13 mars 1919, n° 2, p. 50.

GOUGEROT et BURNIER. — Un cas de granulome annulaire géant chez un tuberculeux pulmonaire, guérison par l'or local. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syph.*, 39, 696-698, june 1932.

GRUTZ (O.). — Klinische und histologische Beiträge zur Frage der Beziehungen zwischen Granuloma annulare und Tuberculiden. *Arch. f. dermat. u. syph.*, Berlin, 1924, t. 147.

HELLER (O.). — Beitrag zur Klinik des Granuloma annulare und kindersalter. *Med. Klin.*, 28, 1165-1166, 19 aug. 1932.

- HESS (P.). — Die Behandlung des Granuloma annulare mit Buckystrahlen. *Dermat. Wochenschrift*, 94, 643-644, 7 may 1932.
- HOROWITZ. — *Zentralbl. f. Haut. u. Geschlechtskr.*, t. 17, 271, 1925.
- JACOBI (F.). — Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten. *Berlin Julius Spinger*, 1931.
- JADASSOHN (J.). — Remarks on Tuberculin in Dermat. *Brit. J. Dermat.*, t. 41, 451, 1929.
- JONES et ALDEN. — *Arch. of dermat. et syph.*, t. 28, n° 4, 1933.
- KISSMEYER (A.). — Sur l'étiologie du granulome annulaire. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syph.*, 38, 64-67, janvier 1931.
- KLAUSNER (E.). — Zur Histologie du Granuloma annulare, Radcliffe Croker. *Arch. f. Dermat. u. syph.* Wien und Leipzig, 1914.
- KREN (O.) et LÖWENSTEIN (E.). — *Wien. Klin. Wochenschr.*, t. 44, 405, march 1931.
- KYRLE (J.). — Vorlesungen über Histo-Biologie der menschlichen Haut und ihrer Erkrankungen. Berlin, 1927.
- LEHNER. — *Zentralbl. f. Haut. u. Geschlechtskr.*, t. 38, 36, 1931.
- LEMEZ (L.). — Über einen Fall von multiplem Granuloma annulare im Kindesalter. *Ztschr. f. Kinderh.*, 44-328, 1927.
- LITTLE. — Granuloma annulare. *Brit. Journ. of derm.*, 1908.
- LORTAT-JACOB et LEGRAIN. — Un cas de granulome annulaire. *Bullet. de la Soc. franç. de dermat. et syph.*, 34, 438, 1927.

MARTENSTEIN (H.) et NOLL. — Statistische Untersuchungen über die Tuberculin-Reaktion. *Arch. f. Dermat. u. syph.*, 158, 409, 1929.

MENDES DA COSTA. — *Nederl. tijdschr. v. Geneesk.*, t. 69, p. 981, 1925.

MGEBOW (M. G.). — Granuloma annulare neben Lupus vulgaris. *Dermat. Wochenschrift.*, 88, 545-548, 13 avril 1929.

MILIAN et PERIN. — Granulome annulaire, lésions histologiques, tuberculoïdes. *Bullet. de la Soc. franç. de dermat. et syph.*, 38, 776-779, mai 1931.

— Granulome annulaire avec éléments folliculaires et formation chéloïdienne des mains. *Bullet. de la Soc. franç. de dermat. et syph.*, 39, 645-647, june 1932.

MONASH (S.). — Granuloma Annulare disseminatum (Report. of Two Cases). *Arch. of Dermat. et syph.*, t. 25, p. 122, janvier 1932.

MURERO (G.). — Contributo clinico-istologico sul granuloma annulare di Crocker. *Gior. ital. di. Mal. ven.* Milano, t. LXIV, 1923.

NICOLAS (J.), MASSIA (G.) et LEBEUF (F.). — Ne pas confondre, lupus annulaire et granulome annulaire. *Médecine*, 12-894, novembre 1931.

NICOLETTI (V.). — Etiopatogenesi del granuloma annulare. *Gior. Ital. di. dermat. et syph.*, t. 71, p. 1848, 1930.

OLAH (D.). — Beiträge zur Pathogenese des Granuloma annulare. *Dermat. Woch.*, 84, 389-394, 19 mars 1927.

— *Orvosi hetilap.*, t. 70, 837, 1926.

- PAUTRIER (L. M.). — Deux cas de granulome annulaire.
Strasbourg médical, n° 35, 15 décembre 1932.
- *Réunion dermat. de Strasbourg*, séance du 13 novembre 1932.
- PÉRIN (L.). — Granulome annulaire localisé aux deux pieds. *Bullet. de la Soc. franç. de dermat. et syph.*, 39, 393-395, march 1933.
- PICK (E.). — Zur Aetiologie des Granuloma annulare.
Dermat. Wochenschr., 79, 1603, 1924.
- PINKUS (F.). — *Zentralbl. f. Haut. u. Geschlechtskr.*, t. 7, p. 303, 1923.
- RAVAUT (P.). — Auto-dermothérapie par électro-magulation dans un cas de granulome annulaire.
Bullet. de la Soc. franç. de dermat. et syph., 35, 901-909, juin 1928.
- RUSCH. — *Zentralbl. f. Haut. u. Geschlechtskr.*, t. 11, 404, 1924.
- SACHS (S.). — Zur Frage des Granuloma annulare.
Zentralbl. f. Haut. u. Geschlechtskr., t. 32, p. 243, 1930.
- SCHUBERT (M.). — Granuloma annulare bei Mutter und Tochter. *Dermat. Wochenschrift*, 86, 381-383, 24 mars 1928.
- SÉZARY (A.) et DURUY. — Sur le traitement du granulome annulaire par le vaccin de Vaudremer.
Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syph., 36, 270, 1929.
- STEIN (L. I.). — Etiologie du granulome annulaire.
Venerol. i. dermat., 6, 25-29, novembre 1929.
- STEINER (K.). — Zur Polymorphie der Granuloma annulare. *Dermat. Wochenschrift*, 91, 1399, 20 septembre 1930.

- STETTLER (E. A.). — Beitrag zur Kenntniss des Granuloma annulare. *Arch. f. Dermat. u. syph.*, 132, 314, 1921.
- SULZBERGER (M. B.) et WISE (F.). — Tuberculin : Newer dermatological considerations and Reasons for Its More General Use in Diagnosis. *Med. Clin. North America*, t. 14 ; 1555, may 1931.
- UKHNEVITCH (S. Z.). — Etiologie du granulome annulaire. *Odesski Med. Jour.*, 4, 461, 1929.
- WEBER (F. P.). — Note on suggested tuberculous Origin of granuloma annulare. *Brit. J. Dermat.*, 41-67-68, février 1929.
- ZACH (S.). — Granuloma annulare. *Vénérol. i. dermat.*, 6, 32-35, mai 1929.
-

